

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE 289

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Archak NASSIBIAN

Ne à Tiflis, le 15 septembre 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE SYPHILITIQUE

Président : M. GILBERT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Archak NASSIBIAN

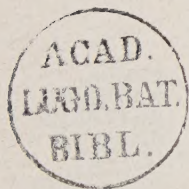
Ne à Tiflis, le 15 septembre 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE SYPHILITIQUE

Président : M. GILBERT, professeur.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TESSIER
	X.
Pathologie chirurgicale.	PIERRE MARIE
Anatomie pathologique.	PRENANT
Histologie.	HARTMANN
Opérations et appareils.	POUCHET
Pharmacologie et matière médicale.	MARFAN
Thérapeutique.	CHANTEMESSE
Hygiène.	THOINOT
Médecine légale.	LETULLE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	ROGER
Pathologie expérimentale et comparée.	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Clinique médicale.	GILBERT BALLET
Maladies des enfants.	GAUCHER
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DEJERINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DELBET
Clinique des maladies du système nerveux.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique chirurgicale.	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique.	N.
Clinique des maladies des voies urinaires.	BAR
	PINARD
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DESSAIGNE
	POZZI
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.	ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

289

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de clinique médicale

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

PRÉFACE

A la veille de terminer nos études, c'est pour nous un devoir doux à remplir que de remercier tous ceux qui nous ont permis de les mener jusqu'au bout.

Notre première pensée se porte naturellement sur nos chers parents et frères qui ont bien voulu s'imposer tant de sacrifices pour nous fournir le moyen de poursuivre nos longues années d'études.

Nous les remercions très affectueusement et nous souhaitons que le hasard, cette providence de ceux qui ne sont point des génies, nous fournisse l'occasion de leur prouver notre profonde reconnaissance

Nous prions bien humblement MM. les professeurs Reclus, Kirmisson, Dieulafoy (*in memoriam*) M. Barié, médecin de l'hôpital Laennec, chez lesquels nous avons eu l'honneur de faire successivement notre stage hospitalier, de recevoir nos sincères remerciements.

Nous remercions très sincèrement M. le Professeur agrégé Bezançon qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse et M. Gastinel, ancien interne des Hôpitaux de Paris qui a daigné nous fournir

des indications utiles dans la rédaction de cette thèse.

Au moment de quitter la France, nous devons, avec grand regret, nous éloigner de tous nos camarades de la Faculté qui nous ont fait oublier, durant notre séjour dans ce beau et noble pays, notre éloignement et notre isolement.

Nous tenons à affirmer ici que leur bon accueil et leur franche camaraderie demeureront vivaces dans nos souvenirs.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PLEURÉSIE SYPHILITIQUE

INTRODUCTION

Si la syphilis, infection générale, peut déterminer au niveau des grandes articulations des synovites articulaires syphilitiques ou ostéo-synovites articulaires, si la syphilis provoque des méningites, endartérites, aortites, il est très naturel de penser que la syphilis peut infecter la plèvre pour déterminer une pleurésie syphilitique.

La pleurésie reconnaissant pour cause la syphilis secondaire ou tertiaire est connue depuis trop peu d'années pour que nous cherchions à en tracer un historique. C'est ainsi que dans la littérature médicale, on ne trouve presque rien avant 1889.

HISTORIQUE

C'est à M. Dieulafoy que revient le mérite d'avoir le premier, en 1889, fait paraître une étude des pleurésies syphilitiques dans leur rapports avec la syphilis du poumon.

Deux ans plus tard, en 1890, MM. Chantemesse et Widal, dans une communication faite à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, citent deux observations de pleurésies syphilitiques primitives : l'une double avec épanchement peu abondant, l'autre sans épanchement, développées toutes deux chez des malades atteints depuis peu de temps de chancre induré et présentant à cette époque, en même temps que leur lésion pleurale, des manifestations nombreuses de la syphilis du côté de la peau, des muqueuses et de l'iris.

Un peu plus tard, en 1891, Nikuline de Moscou a publié deux autres observations de pleurésies syphilitiques. L'une se développe chez un syphilitique à la période tertiaire, sans autre manifestation concomitante ni des poumons ni de la peau ni des muqueuses; la guérison survient sous l'action de l'iodure. L'autre pleurésie se déclare chez un sujet ayant une périost-

tite costale ; les deux lésions de la plèvre et de la périostite costale spécifique disparurent grâce au traitement par l'iodure et Nikuline affirme son diagnostic de pleurésie syphilitique ; à cette deuxième forme de pleurésie, Nikuline donne le nom de *péri-pleurésie syphilitique*.

M. Dieulafoy, dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu, insiste sur le traitement des pleurésies syphilitiques par l'association du mercure avec l'iodure de potassium. Dans un travail récent, MM. Roque et Garin rapportent une nouvelle observation fort bien étudiée et fort intéressante.

Plus près de nous, en 1910, MM. Roger et Sabaréanu ont fait une communication intéressante à la *Société médicale* sur la déviation du complément par les sérosités des syphilitiques, et enfin M. Roger, quelques mois plus tard, publie deux observations sur les pleurésies syphilitiques.

CLINIQUE

En étudiant très près toutes les observations citées par les auteurs, tels que MM. Dieulafoy, Chantemesse, Widal, Nikuline, Sergent, Roger, Sabaréanu, etc., on peut se demander si vraiment toutes les manifestations pleurales observées par ces auteurs sont syphilitiques, c'est-à-dire dues uniquement à la vérole et non à une autre infection pouvant provoquer la réaction pleurale comme la tuberculose. C'est ce point particulier que nous allons maintenant envisager, en insistant sur toutes les précautions dont il faut s'entourer avant d'affirmer la nature spécifique d'un épanchement pleural. On connaît d'ailleurs la fréquence de l'association de la tuberculose et de la syphilis. Aussi ne devra-t-on jamais la perdre de vue dans l'interprétation des pleurésies survenant chez les syphilitiques.

Nous chercherons d'abord à établir, d'après les observations des auteurs, les types évolutifs cliniques des pleurésies syphilitiques ; puis, en ayant retracé sommairement la symptomatologie, nous tâcherons dans une vue d'ensemble à montrer sur quels arguments se base la preuve de la nature syphilitique de ces manifestations pleurales.

FORMES ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a actuellement une douzaine d'observations de pleurésies syphilitiques, survenant chez les syphilitiques à différentes périodes de la vérole.

La pleurésie peut être précoce ou tardive : précoce, elle existe à titre de lésion syphilitique, tardive elle est plus ou moins associée au syphilome fibroïde du poumon.

Les lésions syphilitiques de la plèvre peuvent être rangées dans l'une des deux catégories suivantes : ou bien la lésion pleurale est un simple épiphénomène, une complication anatomique de la lésion pulmonaire, ou bien l'épanchement est abondant, la pleurésie est dominante et mérite bien dans ce cas, le nom de pleurésie syphilitique.

Pour la commodité de la description, nous diviserons les pleurésies syphilitiques en pleurésies sèches, sans épanchement, ou avec épanchement.

PLEURÉSIE SANS ÉPANCHEMENT

Cette modalité de pleurésies syphilitiques, moins fréquentes que celle avec épanchement, est une affection qui appartient le plus souvent à la période tertiaire de la syphilis.

Quand la sclérose pulmonaire arrive à la périphérie du poumon, le processus dégénératif s'attaque à la barrière qu'il rencontre ; le feuillet viscéral de la séreuse devient épais, résistant, rigide et rugueux. Les conditions les plus favorables à l'adhérence des deux feuillets de la séreuse sont donc réalisées et l'inflammation en profite pour élargir encore son cercle.

Au moment où la plèvre pariétale est attaquée, une douleur thoracique apparaît, légère en général, mais pouvant persister indéfiniment. En même temps la dyspnée, légère au début, redouble ; on observe tous les signes d'une hématoxe insuffisante, et l'état général resté jusqu'alors, sinon parfait, du moins bon, décline rapidement, pour arriver jusqu'à la cachexie la plus achevée. L'autopsie fait reconnaître l'existence d'adhérences pleurales plus ou moins étendues, quelquefois généralisées.

Les plèvres pariétales et viscérales sont considérablement épaissies dans toute leur étendue; elles montrent un revêtement fibreux continu, d'une épaisseur de 1 à 2 millimètres, acquérant même à la base du poumon une épaisseur de près de 1 centimètre.

En plusieurs endroits, cette coque fibreuse est entourée de fausses membranes fibrineuses. On ne parvient à retirer les poumons de la poitrine qu'en détruisant toutes les insertions de la plèvre pariétale; les poumons ne font plus qu'un seul bloc traversé à la coupe par un ou deux tractus fibreux, représentant la plèvre interlobaire.

Si d'autres manifestations syphilitiques extérieures coexistent, le diagnostic est facile et, ne serait-il pas fait que le traitement ordonné contre les accidents cutanés agirait en même temps sur le poumon, et, arrêtant le processus inflammatoire, empêcherait la plèvre d'être atteinte.

La forme scléro-gommeuse de la syphilis pulmonaire est bien loin d'être rare; elle paraît se produire avec les gommes volumineuses et surtout dans le cas où elles n'ont aucun rapport avec la périphérie du poumon. Ces gommes sont toujours peu nombreuses, siègent avec la plus grande fréquence à la partie moyenne du poumon de préférence droit, exceptionnellement au sommet. Ce sont des tumeurs arrondies, du volume d'un petit pois. Dures au début, elles subissent plus tard la transformation fibreuse. A leur périphérie on trouve une zone fibreuse, sorte

de coque qui les isole nettement du parenchyme pulmonaire. Ces gommes peuvent se cicatriser si la maladie est diagnostiquée à temps, et traitée par le traitement spécifique. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; la coque fibreuse elle-même est détruite et la bouillie gommeuse va se déverser dans un tuyau bronchique. Cette lésion est remarquable par la lenteur de son évolution, par l'absence presque complète de réaction ; les tissus pulmonaires paraissent se laisser envahir sans aucune résistance. Il arrive un moment où une partie de ces gommes vient affleurer la plèvre. La séreuse réagit et fait une pleurésie très limitée, à moins qu'il n'y ait deux noyaux scléro-gommeux assez rapprochés pour un jour se confondre. S'il n'y a qu'un noyau ou plusieurs nettement séparés, il ne se forme des adhérences qu'au point d'affleurement de chaque noyau, et, tirillées sans cesse par le mouvement respiratoire, ces adhérences, au lieu de rester sessiles, s'allongent, se pédiculisent et deviennent un simple tractus fibreux, réunissant un point de la plèvre pariétale à un point de la plèvre viscérale.

Ces tractus peuvent être multiples. Dans ce cas on comprend que la pleurésie ne soit qu'un épiphénomène sans grande importance, ne se traduisant d'ordinaire par aucun signe fonctionnel et ne donnant à l'examen du thorax que quelques frottements.

Le siège, de ces frottements pleuraux, peut être au sommet de la poitrine, mais c'est l'exception. Ils se trouvent avec leur plus grande fréquence d'abord à

la partie moyenne, puis à la partie inférieure des poumons.

Ces pleurésies sèches ne se montrent pas exclusivement à la période tertiaire. MM. Chantemesse et Widal ont observé en 1890 une pleurésie sans épanchement chez un malade porteur des manifestations secondaires de la syphilis. Ces auteurs ont constaté que le malade ne présentait ni matité, ni souffle, ni égophonie, ni fièvre, mais aux deux temps de la respiration de gros frottements aux deux bases des poumons avec point de côté.

Tous les organes étaient sains, l'auscultation des poumons n'y révélait aucune lésion ; il s'agissait donc d'une pleurésie sèche, apyrétique, très douloureuse. On ne pouvait incriminer ni la tuberculose ni la grippe, ni un refroidissement ; par contre ils ont trouvé une éruption de roséole syphilitique, éruption caractéristique occupant le tronc, la face interne des cuisses et le cou. La face dorsale de la verge portait une cicatrice de chancre. Aux aines existait une double pléiade ganglionnaire ; le malade se plaignait de céphalée surtout violente le soir, il se plaignait également de mal de gorge, mal provoqué par une angine syphilitique avec plaques muqueuses.

En somme, en pleine période secondaire, au deuxième mois de l'infection syphilitique avec adénopathie, roséole, plaques muqueuses, éclate une pleurésie sèche. Il est très naturel de considérer cette pleurésie comme un accident secondaire de la syphilis, d'autant plus que le traitement mercuriel associé

à l'iodure de potassium fait disparaître la douleur et les frottements, et au bout de dix jours le malade ne présente plus aucune trace de sa pleurésie sèche.

PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT

Cette forme de pleurésie syphilitique survient le plus souvent en pleine période des accidents secondaires, et succède soit à la pneumo-syphilose, soit à une lésion spécifique du squelette de la cage thoracique.

Les gommes du poumon peuvent d'emblée se trouver en contact avec la plèvre, ou bien être situées à une distance assez faible pour que dans leur développement elles puissent atteindre la séreuse. Dans ce cas, soit dès la naissance de la gomme, soit à la période de ramollissement, l'enveloppe du poumon se trouve attaquée comme à l'improviste et les deux feuillets de la plèvre n'ont pas le temps de s'épaissir et de s'unir pour limiter l'infection, la séreuse toute entière est atteinte, elle s'enflamme, et il se forme dans sa cavité un épanchement plus ou moins abondant. Si la gomme sous-pleurale est seule, la pleurésie survient d'habitude chez un homme bien portant en apparence, le début alors est franc, avec point de côté violent et fièvre. On note à l'auscultation et à la percussion tous les signes de la pleurésie, mais l'auscultation donne en plus dans un

point limité un souffle accompagné de râles. Le point de côté est en général tenace, l'expectoration nulle ou insignifiante. D'après Rochon, si la cause est méconnue, tous les traitements de la pleurésie simple se montrent inutiles, les signes fournis par l'auscultation et la percussion restent les mêmes, la dyspnée apparaît ou augmente, l'appétit devient nul, l'amaigrissement se produit et conduit à la cachexie et à la mort.

Si le diagnostic est porté à temps, l'effet du traitement ne tarde pas à se faire remarquer. La matité diminue, le souffle et les râles s'atténuent et bientôt ne sont plus perçus ; on ne trouve qu'un léger affaiblissement du murmure vésiculaire et des frottements localisés le plus souvent à la base. L'état général s'améliore et bientôt la santé redevient parfaite. Quelquefois la pleurésie syphilitique se manifeste par poussées plus ou moins aiguës, caractérisées par une dyspnée et par les signes d'un épanchement qu'on peut évoluer à 800 ou 1000 grammes. M. Dieulafoy cite une observation où, après avoir évacué par thoracentèse 650 grammes, le malade qui avait un épanchement seulement du côté droit n'éprouva aucun soulagement et ne fut pas plus amélioré par l'opération que ne l'est un homme atteint de cancer pleuro-pulmonaire. En poussant plus loin l'interrogation, M. Dieulafoy a fait avouer au malade qu'il avait eu jadis la syphilis ; « cet aveu devait lui rendre la vie. »

M. Dieulafoy administra au malade le mercure et

l'iodure de potassium à forte dose, et la dyspnée s'amenda si rapidement qu'au bout de quelques semaines, la respiration était devenue normale, les signes de pleurésie disparaissaient peu à peu, mettant plus de temps à disparaître que les lésions broncho-pulmonaires. Dans ce cas, la nature syphilitique des accidents pleuro-pulmonaires fut démontrée par l'action bienfaisante de la thérapeutique spécifique.

Dans une autre observation, MM. Chantemesse et Widal ont montré que la pleurésie était avec un double épanchement précédée d'une éruption de roséole syphilitique généralisée avec plaques muqueuses dans la gorge, adénopathie de l'aine et du cou. Étant donné que la pleurésie double avec épanchement a éclaté en pleine période secondaire et que, d'autre part, on n'a pas trouvé une cause plausible expliquant cette pleurésie, on a rattaché les réactions pleurales à la syphilis d'autant qu'une iritis syphilitique assez grave survient qui aide au diagnostic.

En présence de ces faits, on institue le traitement mercuriel avec grande énergie ; peu à peu les éruptions s'effacent ainsi que les épanchements pleuraux et au bout de quatre mois la plèvre semble avoir retrouvé son état normal.

D'autres observations du même genre ont été publiées ; il est donc bien avéré aujourd'hui qu'il existe une pleurésie syphilitique contemporaine des accidents secondaires. Pourquoi du reste n'y aurait-il pas une pleurésie syphilitique précoce, alors que

nous voyons la néphrite, l'aortite, l'ictère apparaître comme autant de manifestations précoces de l'infection syphilitique ?

Au point de vue symptomatique, ces pleurésies syphilitiques avec épanchement ont les mêmes signes physiques que les pleurésies banales, point de côté, expectoration peu abondante, voussure, matité, skodisme, abolition des vibrations vocales, du murmure vésiculaire, souffle pleurétique, pectoriloquerie aphone, égophonie. Cependant la bilatéralité de l'épanchement, son volume peu considérable et la faible ascension thermique sont assez caractéristiques pour les pleurésies syphilitiques.

Tels sont les principaux caractères évolutifs cliniques des pleurésies dites syphilitiques. Mais avant d'affirmer que ces pleurésies sont bien dûes à la syphilis, il nous faut, comme nous l'avons dit, chercher sur quels preuves on peut affirmer leur nature syphilitique.

PREUVES

Le premier argument de leur origine syphilitique est leur *coïncidence* avec des lésions dues manifestamment à la vérole siégeant sur la peau ou sur les muqueuses, et l'absence de toute autre étiologie. Il arrive, en effet, que l'histoire d'une pleurésie ne révèle aucune indice d'une infection quelconque et spécialement de la tuberculose, en même temps que l'anamnèse du malade est négatif sur ce point ; par contre, chez ces malades on trouve le plus souvent sinon toujours des manifestations syphilitiques, du côté de la peau, des muqueuses, de l'œil ou du système nerveux.

Le deuxième argument dont on peut faire état pour constituer le groupe des pleurésies syphilitique est tiré de l'examen de l'expectoration et de l'étude cytologique de l'épanchement.

CYTOLOGIE DE L'EXPECTORATION ET DE L'ÉPANCHEMENT

L'expectoration et l'épanchement chez les syphilitiques sont dignes d'être étudiés très attentivement parce que l'examen microscopique et bactériologique de ces deux éléments peut donner les renseignements très précieux.

Il est à remarquer que toutes les fois que la pleurésie semble d'origine syphilitique, la recherche de l'*albumine*, du *pneumocoque* et du *bacille* de Kock dans l'expectoration est toujours négative et M. Roger dit que l'« albumine ne manque jamais dans l'expectoration des tuberculeux ».

Cette expectoration est peu abondante, d'aspect muqueux, nullement colorée par le sang, s'accompagne de douleur thoracique et dure peu de temps.

L'épanchement dans les pleurésies syphilitiques est le plus souvent trop peu abondant pour nécessiter la thoracentèse; on peut l'évaluer jusqu'à 1.000 gr. quelquefois 1 lit. et $1/2$; le trait caractéristique de cet épanchement est qu'il se résorbe facilement sous l'action du traitement spécifique. C'est un liquide citrin, légèrement louche.

L'examen microscopique montre que ce liquide contient à peu près 60 o/o de lymphocytes 20 o/o de grands mononucléaires et quelques rares polynucléaires.

La présence de *ces grands mononucléaires*, neutrophiles ou myélocytes est tout à fait remarquable, car c'est seulement dans les épanchements pleuraux syphilitiques qu'on les constate. Cette formule complètement différente de celle des pleurésies tuberculeuses est un nouvel argument en faveur de l'origine syphilitique de cet épanchement.

Le troisième argument enfin est tiré du résultat négatif des inoculations du liquide pleural au cobaye soit sous la peau soit dans le péritoine et de l'exis-

tence d'une réaction de fixation positive tant avec le liquide pleural qu'avec le sérum sanguin. Ce point a été bien étudié par M. Roger qui dans un article paru dans la *Presse Médicale* le 13 juillet 1910, a montré l'absence complète de tous signes de tuberculose chez deux pleurétiques; dans ce but l'auteur a inoculé le liquide pleural sous la peau et dans le péritoine à deux cobayes et cette inoculation n'a produit aucun trouble; un des animaux sacrifiés au bout de trois mois et demi était indemne de la tuberculose, l'autre vivait sans présenter aucun trouble neuf mois après l'inoculation.

Par contre le même auteur a montré que ce liquide pleural déviait le complément comme du reste le sérum de ces pleurétiques.

En résumé, ces pleurésies syphilitiques sembleraient avoir une existence légitimée d'après les caractères que nous venons de leur décrire.

Qu'il s'agisse de pleurésies avec ou sans épanchement, elles surviennent chez des sujets manifestement syphilitiques; ces pleurésies coïncident assez souvent avec d'autres manifestations syphilitiques telles que plaques muqueuses, roséole, etc.; dans l'étiologie de ces pleurétiques on ne trouve pas d'infection tuberculeuse manifeste; l'expectoration ne contient ni albumine ni bacille de Kock et enfin le liquide pleural a la propriété de dévier le complément.

Ces trois arguments : 1° La coïncidence de pleurésie avec d'autres manifestations syphilitiques; 2° absence d'autre étiologie et 3° le résultat positif de

la réaction de Wassermann peuvent-ils être considérés comme suffisants pour affirmer la nature syphilitique de ces pleurésies ?

Il nous semble qu'il faille les examiner longuement pour préciser leur valeur respective.

C'est à cette question que sera consacré le chapitre suivant.

CRITIQUE DES PREUVES

Il est tout d'abord à se demander quelle valeur il faut attribuer à la réaction au Wassermann positive observée en prenant le liquide pleural comme anti-corps.

Il s'agit ici d'une question de haut intérêt général : il faut préciser en effet si la méthode de déviation complémentaire permet d'affirmer qu'un épanchement est conditionné par une lésion syphilitique en évolution ou si cette réaction ne fait que traduire un état humoral.

Des très nombreux travaux publiés à ce sujet, il semble manifestement ressortir qu'une sérosité ou un exsudat chez les syphilitiques peut offrir la réaction de Wassermann.

C'est ainsi qu'on a pu trouver en étudiant la déviation complémentaire dans le liquide céphalo-rachidien, de fréquentes réactions positives chez des individus manifestement syphilitiques et ne présentant aucune lésion méningée.

Souvent même des hérédosyphilitiques peuvent offrir cette réaction de fixation avec leur liquide céphalo-rachidien comme avec leur sérum et on ne

trouve aucune preuve cystologique d'une réaction des enveloppes nerveuses.

Dans ce cas il semble donc bien nettement que la réaction de Wassermann traduit l'état d'infection générale organique et n'est point en rapport avec une lésion déterminée, localisée au niveau des méninges ; au contraire la réaction cystologique paraît être nettement en rapport avec un état anatomique ; elle traduit une lésion de la méninge et il y a opposition très nette, semble-t-il, entre les deux types des renseignements fournis par ces deux modes de réaction.

Il est enfin à rechercher si les exsudats artificiellement provoqués chez les syphilitiques par un procédé vésicant quelconque peuvent offrir au même titre que le sérum sanguin une réaction de fixation positive. C'est pour élucider ce problème que MM. Roger et Sabaréanu ont examiné l'exsudat banal après avoir appliqué des vésicatoires chez neuf malades atteints de syphilis.

Sur les neuf malades qui ont été soumis à l'épreuve du vésicatoire, trois étaient en pleine période secondaire : chez tous trois la réaction fut nettement positive.

Chez les six autres, la syphilis était ancienne, et avait été contractée de quatre à vingt-cinq ans auparavant. Une fois seulement le résultat fut négatif et une autre fois la réaction resta douteuse. Ces deux malades venaient d'être soumis à un traitement mercuriel intensif et prolongé. Chez les autres la réac-

tion fut nettement positive. Il semble, donc, d'après ces résultats qu'un exsudat banal développé chez un syphilitique peut posséder la propriété de dévier le complément. Sans doute on ne peut assimiler la phlyctène provoquée en quinze ou dix-huit heures par irritation cantharidienne avec l'épanchement qui se produit dans une séreuse viscérale sous l'influence d'une lésion organique. Cependant ces faits posent le problème. Ils conduisent à rechercher comment se comportera un épanchement non syphilitique, par exemple le liquide pleural développé sous l'influence d'une lésion pulmonaire, notamment d'une lésion tuberculeuse, autrement dit on doit se demander si un épanchement conditionné par une affection autre que la syphilis peut donner également la réaction de Wassermann. C'est à cette question posée par Roger et à laquelle il attache une grande importance que nous répondrons par une observation que nous avons pu recueillir dans le service de M. Bezançon, observation d'une malade tuberculeuse, dont le liquide pleural déviait le complément. Cette observation inédite sera étudiée très complètement.

Avant d'aborder l'étude de cette observation, nous voulons montrer que d'une façon très générale l'absence de signes tuberculeux chez un malade porteur de pleurésie est souvent insuffisante pour nier la nature bacillaire de l'épanchement pleural. Nous ne voulons point rappeler ici les longs travaux de professeur Landouzy et son école grâce auxquels

s'est définitivement constituée l'histoire clinique de la pleuro-tuberculose.

On sait que, chez des individus absolument sains, il faut toujours suspecter la nature tuberculeuse d'une pleurésie pour laquelle on serait tenté d'admettre une étiologie *a frigore*. Ceci n'est point la question que nous voulons envisager.

Nous insisterons principalement sur la fréquence extrême des tuberculoses latentes dont les manifestations premières et souvent ignorées remontent à la première enfance. Sans vouloir reprendre ici ce sujet si intéressant des tuberculoses latentes et atténuées il nous sera permis de rapporter d'après M. Bezançon quelques données statistiques qui montreront la fréquence de ce mode de tuberculose.

Natalis Guillot trouve des lésions tuberculeuses latentes dans 60 o/o des cas des vieillards de Bicêtre

Chang rapporte qu'à l'autopsie de 210 individus de 20 ans, il a rencontré 91 o/o des lésions tuberculeuses dont 61 o/o étaient latentes.

Noegeli dans une statistique particulièrement judicieuse montre que de quatorze à dix-huit ans il y a 50 o/o de tuberculose latente, que de vingt à vingt-cinq ans, il y en a 96 o/o, et chez les vieillards il trouve jusque 97 o/o de ces manifestations tuberculeuses.

Il est enfin à noter que ces lésions tuberculeuses sont non seulement latentes mais très souvent actives, car, d'après Kurbow, sur 100 cas il n'aurait vu que vingt-sept fois de lésions tuberculeuses avirulentes.

On sait que dans ces cas de tuberculose latente il s'agit au point de vue anatomo-pathologique de lésions ganglionnaires, de lésion de pleurite sèche, circonscrite et également de lésions cicatrisées, localisées au sommet donnant ce qui porte le nom des cicatrices froncées du sommet.

Quelquefois se trouve réalisé le type dit du poumon frisé, le sommet est alors bosselé par suite des cicatrices fibreuses, rayonné, séparant les uns des autres, des lobules emphysémateux. Dans d'autres cas, il s'agit de pneumonie chronique ardoisée ; le sommet est alors transformé en un tissu dur et fibreux, au milieu duquel on trouve disséminés quelques tubercules caséeux ou d'aspect plâtreux. On peut encore trouver dans les protocoles d'autopsie des lésions de sclérose pulmonaire discrètes et disséminées s'accompagnant de bronchite et de dilatation emphysémenteuse alvéolaire. C'est là un type spécialement décrit par Bériel. Ce rapide aperçu sur la tuberculose latente, leur fréquence et leur nature anatomo-pathologique nous permet aisément de comprendre combien il est difficile d'éliminer l'étiologie tuberculeuse chez un pleurétique. Et cette élimination est encore plus difficile à faire si on songe au rôle favorisant que peut jouer la syphilis dans le réveil d'une tuberculose latente ou atténuée. On sait maintenant que chez l'adulte le début de la tuberculose pulmonaire comme pleurale ne doit pas être considéré comme contemporain des premiers signes cliniques ; l'infection tuberculeuse peut remon-

ter à des longues années ; les manifestations qui attirent l'attention ne sont souvent que la traduction d'une poussée aiguë, d'un réveil d'ancienne lésion à l'occasion d'une cause quelconque.

L'association de la syphilis et de la tuberculose est aujourd'hui un fait classique. Nous citerons les noms de Dieulafoy, Jacquinet et Roger, Sabaréanu parmi les auteurs qui ont insisté sur sa fréquence.

Elle peut se réaliser de deux façons : tantôt c'est la tuberculose qui vient compliquer la syphilis, tantôt c'est la syphilis qui vient aggraver la tuberculose déjà évolutive. Dans le cas qui nous intéresse il s'agit surtout de la première modalité. Aussi voit-on souvent la tuberculose se déclarer d'une façon apparente dans les premiers mois de la syphilis en même temps qu'évoluent les accidents de la période secondaire. On peut alors se demander, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, si la syphilis n'a pas réveillé une bacillose latente et fait passer à l'état d'activité les lésions depuis longtemps peut-être sommeillantes. Quelquefois la tuberculose peut apparaître d'une façon tardive chez un syphilitique, et Jacquinet a consacré une étude particulièrement documentée à cet égard dans sa thèse où il rapporte huit observations de tuberculose pleuro-pulmonaire au cours de la syphilis tertiaire. Ainsi donc la fréquence de l'association de la syphilis et de la tuberculose comme la fréquence des lésions latentes bacillaires implique la nécessité d'une grande prudence avant d'éliminer toute étiologie tuberculeuse en présence d'une pleurésie chez

un syphilitique ; si la clinique est souvent impuissante à résoudre cette question, il ne faut négliger aucune technique de laboratoire. Tous les auteurs qui ont publié des observations de pleurésies syphilitiques se sont assuré que le liquide ne tuberculisait pas le cobaye et n'ont point trouvé le bacille de Koch dans l'expectoration.

Ces recherches sont sans doute fort importantes, mais comme M. Sergent l'a montré, si l'inoculation du liquide pleural au cobaye peut être démonstrative quand elle est positive, elle n'a que la valeur de présomption insuffisante quand elle est négative.

De même l'absence de bacille de Koch dans les crachats ne peut affirmer qu'il n'y ait une infection bacillaire difficile seulement à mettre en évidence ; en effet, depuis qu'on connaît les procédés d'examen des crachats par les méthodes d'homogénéisation, il semble que la question du dépistage du bacille de Koch dans les expectorations se soit profondément modifiée. Cette technique a permis de trouver ce bacille dans les cas où la clinique faisait soupçonner une infection tuberculeuse et où l'examen direct du crachat ne décelait aucun bacille.

Quelquefois trois semaines, un mois avant l'apparition d'une expectoration bacillifère, il a été possible, en provoquant le rejet de quelques crachats par l'emploi du kermès et par leur homogénéisation, de faire ainsi le diagnostic précoce d'infection tuberculeuse. Nous ne voulons point insister sur le rôle de cette technique dans certaines classifications noso-

logiques, mais on peut prévoir que, son emploi se généralisant, on devra rattacher à la tuberculose bien des manifestations pulmonaires dans lesquelles il est matériellement impossible de trouver le bacille de Koch par les méthodes d'examen direct. C'est là une question spécialement étudiée par M. Bezançon et ses élèves. Ainsi donc, comme nous venons de le voir, toutes les preuves que l'on pourrait invoquer en faveur de la nature syphilitique d'un épanchement pleural sont sujettes à caution. Et c'est spécialement pour montrer combien il peut être difficile de reconnaître une tuberculose en pleine période secondaire de la syphilis que nous allons rapporter l'observation suivante, où une malade atteinte de roséole et de plaques muqueuses fit sans aucun intécedent bacillaire antérieur un épanchement pleural à lymphocytes que l'on aurait pu rattacher à la syphilis. Cet épanchement offrait, ainsi que le sérum du malade, une réaction de Wassernam positive et l'évolution apyrétique semblait devoir éliminer une injection tuberculeuse ; la malade n'expectorait presque point, mais en emplorant l'artifice du kermès on eut le rejet de quelques crachats qui furent examinés avec grand soin. Leur formule cytologique ne montrait que quelques polynucléaires et des cellules bronchiques et à l'examen direct on ne trouvait aucun bacille de Koch. Pratiquant l'homogénéisation de ces crachats on a pu dépister cinq ou six bacilles de Koch absolument manifestes et cela à deux reprises ; pendant toute l'évolution de la pleurésie il a été impossible de

trouver à l'examen direct aucun bacille. La preuve que ces crachats étaient bien bacillifères a été donnée par le résultat positif de leur inoculation au cobaye; enfin le liquide pleural qui déviait le complément put également tuberculiser le cobaye mais en inoculant à dose, assez élevées, 10 centimètres cubes.

Cette observation nous permet de répondre à la question posée par MM. Roger et Sabaréanu : après avoir montré que l'exsudat banal chez un syphilitique peut posséder la propriété de dévier le complément, ils se sont demandé si l'on retrouverait la même propriété dans un épanchement non syphilitique et spécialement dans le cas de liquide pleural conditionné par la tuberculose.

On a vu que dans notre cas le liquide pleural manifestement tuberculeux contenait les anticorps syphilitiques, et déviait le complément au même titre que le sérum sanguin.

Il faut donc admettre qu'un liquide pathologique peut, comme un liquide provoqué, témoigner de l'état de syphilisation du sujet et nullement de la nature syphilitique de l'épanchement. Nous croyons devoir insister sur ce point qui à notre connaissance n'a jamais été abordé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par MM. Bezançon et P. Gastinel)

Une jeune femme de vingt et un ans, domestique entre à la Charité dans le service de M. Bezançon, le 7 novembre 1911, pour un violent point de côté siégeant à gauche.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort tuberculeux.

Sa mère est bien portante.

Ses frères et sœurs sont bien portants.

Antécédents personnels. — La malade qui habita le Bretagne jusqu'en juin 1911, fut toujours en parfaite santé.

Elle vient à cette époque à Paris.

On ne peut trouver dans son passé aucune affection antérieure et aucun symptôme pouvant relever d'une imprégnation tuberculeuse.

Il y a huit mois environ, le malade a eu un chancre à la bulve avec pléiade ganglionnaire caractéristique, le chancre a mis quinze jours environ pour disparaître. Au bout d'un mois après l'apparition du chancre, la malade a eu une roséole syphilitique généralisée ; elle entre à la Charité dans

le service de M. Legry où elle reste trois mois. A l'hôpital, on lui a fait trente-six piqures de protoiodure.

La roséole syphilitique disparaît sous l'influence du traitement spécifique.

Il y a deux mois apparaît une nouvelle poussée éruptive persistant encore au mois de novembre 1911. Quinze jours avant son entrée, la malade a ressenti dans le côté gauche de la poitrine une vive douleur qui l'empêchait de respirer.

La malade avait en même temps un peu de fièvre, ne toussait et n'expectorait point.

État actuel. — A l'examen du thorax, on constate les signes très nets d'un épanchement siégeant à gauche. La matité absolue monte jusqu'à la pointe de l'omoplate. A l'auscultation du poumon gauche on constate un souffle pleural et au niveau du hile une expiration soufflante. Au sommet gauche le murmure vésiculaire est très affaibli, l'expiration est prolongée et soufflante, l'inspiration est rude et élevée; il n'y a aucuns râles surajoutés; On trouve une très légère submatité à la percussion mais pas de modification à la palpation.

Au niveau de l'épanchement il y a de l'égophonie et la pectoriloquie aphone.

Du côté opposé, on ne note qu'un léger prolongement de l'expiration au sommet et à la base une légère diminution du murmure vésiculaire.

Le cœur n'est pas déplacé; l'espace de Traube est mat. Sur tout le corps de la malade, on constate une éruption psoriasisiforme généralisée, mais surtout nette au niveau des grandes articulations.

On constate, en outre, une double adénite inguinale surtout à gauche, mais peu considérable.

Le foie déborde à la percussion ; il n'est pas douloureux.

L'examen de la gorge a montré l'absence de plaques muqueuses, mais une pharyngite assez marquée.

Troubles digestifs peu marqués. Un peu d'anorexie. Urines peu abondantes, ne contenant ni sucre ni albumine. Quelques jours après son entrée la malade commence à tousser légèrement et a des crachats fort peu abondants.

14 novembre. — On est obligé de faire une petite évacuation à cause de la dyspnée et on retire un liquide citrin. La malade continue à présenter une légère réaction thermique qui bientôt s'atténue pour osciller aux environs de 37 degrés.

L'état général de M... demeure très bon pendant toute son affection, elle n'a accusé qu'un peu d'anorexie et de fréquentes céphalées.

A partir du mois de décembre, elle commence à augmenter de poids gagnant 7 kilos en trois mois.

Au point de vue stéthoscopique M... fit une résorption de son liquide pleural, et à partir du mois de janvier 1912, on entendit des frottements dans la région de la base gauche, en même temps que s'accusait un amaigrissement de l'hémi-thorax de ce côté avec diminution de l'expansion thoracique.

Au sommet on ne notait toujours que les très minimes modifications du murmure vésiculaire signalées plus haut.

La malade quitta l'hôpital le 9 mars 1912 conservant des silences respiratoires à la base gauche.

Au point de vue thérapeutique la malade syphilitique a reçu dans le courant du mois de décembre et janvier un traitement mercuriel.

Examen des crachats. — A l'examen direct du crachat on ne trouve pas la bacille de Koch.

Afin d'obtenir une quantité de crachats suffisante pour faire l'homogénéisation (1), on administre à la malade une potion de 0 gr. 25 de kermès, et en vingt-quatre heures on recueille quelques centimètres cubes d'expectoration nécessaire. On constate alors la présence de quelque bacille de Koch non douteux mais en petit nombre.

L'expectoration de la malade est inoculée au cobaye par introduction sous la peau ; l'animal devient tuberculeux un mois et demi après.

1. Voilà en quelques mots le procédé d'homogénéisation de crachats qu'on pratique journellement dans le laboratoire de M. Bezançon :

Mesurer les crachats dans une éprouvette graduée, bien regarder la quantité, verser ensuite ces derniers dans une capsule de porcelaine. Ajouter une goutte de lessive de soude par centimètre cube de crachats. Bien mélanger. Ajouter ensuite 10 centimètres cubes d'eau distillée par centimètre cubes de crachats.

Exemple :

10 centimètres cubes de crachats
10 gouttes lessive de soude
100 centimètres cubes eau distillée

Remuer avec un agitateur de verre. Chauffer le liquide jusqu'à l'ébullition. Agiter le mélange pendant dix minutes pour le rendre aussi homogène que possible.

Après ce laps de temps, verser le liquide dans une éprouvette, laisser refroidir, prendre la densité, si le densimètre est à 1.000, verser de l'alcool à 50 degrés jusqu'à ce que le densimètre arrive en dessous de 1.000.

Lorsqu'on est arrivé à cette densité, on verse du liquide dans un tube à centrifuger. Ensuite on centrifuge. Cette opération doit durer au moins une heure.

On prend ensuite le culot du tube, et on étale sur lame.

Examen du liquide pleural :

1° Étude cytologique : le liquide présente une lymphocytose pure ;

2° La réaction de Wassermann avec ce liquide est positive ainsi qu'avec le sérum de la malade.

Inoculation. — Le liquide pleural (10 cc.) est inoculé à un cobaye dans le péritoine ; l'animal devient tuberculeux au bout d'un mois et demi.

OBSERVATION II

(Roger et Sabaréanu, 21 janvier 1910, Société médicale).

Une femme de trente-huit ans, couturière, entre à l'hôpital de la Charité le 28 septembre 1909, pour un point de côté qui avait débuté trois jours auparavant.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à noter.

Antécédents personnels. — Dans son enfance elle a eu à différents âges plusieurs maladies graves.

A trois ans, elle a eu une variole dont on retrouve quelques cicatrices sur le visage.

A six ans, la rougeole.

A huit ans, la scarlatine.

A dix ans, une fièvre typhoïde qui semble s'être prolongée et avoir nécessité une très longue convalescence et à l'âge de dix-sept ans la malade commence à tousser et maigrir, en même temps elle perd ses forces. Elle entre à l'hôpital de la Charité dans le service de Féréol qui diagnostique une tuberculose pulmonaire et fait appliquer des vésicatoires et des

pointes de feu ; en même temps on prescrit la suralimentation et la créosote.

La malade reste quelques mois à l'hôpital, se sent mieux et quitte le service pour aller se reposer à la campagne ; à partir de ce moment la malade s'enrhume facilement et tousse à la moindre cause occasionnelle.

A vingt et un ans elle contracte la syphilis.

Elle entre de nouveau à la Charité dans le service de Desnos présentant des manifestations secondaires ;

L'accident primitif passa inaperçu.

Elle reste à l'hôpital six semaines et sort guérie par des pilules de protoiodure.

Un an plus tard la malade entre à Lariboisière pour une pleurésie du côté droit avec un épanchement peu abondant et qui se resorbe sans ponction.

A trente-cinq ans, la malade se fait admettre à l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur développée dans la région du maxillaire supérieur droit.

La tumeur disparaît sous l'influence de 20 injections mercurielles,

Au cours de 1909 des tuméfactions analogues se développent sur le front et dans le cuir chevelu.

A la Charité on diagnostique des gommès syphilitiques qui disparaissent grâce aux injections mercurielles.

Etat actuel. — Il y a trois jours la malade a senti subitement du côté gauche une douleur violente qui l'avait forcée de s'arrêter. Puis elle avait été prise de frissons, de fièvre et d'une faiblesse générale.

A l'examen de l'appareil respiratoire on constate à gauche tous les signes classiques d'un épanchement pleural,

La matité commence à la pointe de l'omoplate ; mais l'espace de Traube reste sonore et la percussion sous la clavicule donne un léger son skodique.

Les vibrations sont abolies dans la zone mate ; on entend à l'auscultation, un souffle doux, lointain, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Dans les régions sous-claviculaire et sus-épineuse, en avant comme en arrière, on entend un affaiblissement du murmure vésiculaire une expiration prolongée, un retentissement de la voix et de la toux, et, à la fin des fortes inspirations, quelques frottements.

Le poumon droit paraît sain.

La dyspnée est modérée ; l'expectoration est d'aspect muqueux, peu abondant, ne contient ni bacille de Koch ni albumine ; la température oscille entre 38 et 39 degrés.

Huit jours après son entrée, la dyspnée augmente, on fait une thoracentèse et on retire 750 centimètres cubes d'un liquide citrin.

Le liquide pleural, examiné au microscope renferme de nombreux lymphocytes.

Traité par la méthode de Wassermann, il donne un résultat nettement positif ; le sérum sanguin de la malade déviait le complément.

Inoculation du liquide pleural à deux cobayes sous la peau et dans la cavité péritonéale était négative. Les cobayes ne présentaient aucun signe de tuberculisation.

Après ponction la malade se sent soulagée, la fièvre tombe à la normale au bout de cinq jours.

Cependant, l'épanchement s'est reproduit rapidement et

on pratique une nouvelle thoracentèse et on retire 1250 centimètres cubes de liquide citrin.

L'épanchement augmente de nouveau on se décide à essayer l'influence du traitement spécifique.

On pratique une injection quotidienne de un centimètre cube d'une solution de bi-iodure de mercure au 10/0. Les résultats furent excellents, l'épanchement ne tarda pas à se résorber et la respiration s'entendit bientôt dans toute l'étendue du thorax.

Après un mois de séjour à l'hôpital la malade quitte le service ne présentant aucune trace de sa pleurésie.

La percussion et l'auscultation ont permis de constater l'intégrité absolue de l'appareil respiratoire.

Le malade avait un aspect général excellent ; elle ne toussait plus, ne crachait plus.

OBSERVATION III

(Roger et Sabaréanu.)

Un homme de trente-deux ans, solide et bien musclé, entrerait dans le service de M. Roger le 19 octobre 1909.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Le malade se porte bien jusqu'à l'âge de quinze ans. A cet âge il avait contracté la syphilis et avait eu un chancre induré, suivi de roséole et de céphalées nocturnes.

Il fut traité à l'hôpital Ricord par des pilules de protoiodure et pendant cinq ans il eut recours à plusieurs reprises à la

même médication ; depuis cette époque il n'a jamais eu de manifestations syphilitiques.

État actuel. — La maladie actuelle a débuté cinq semaines avant l'entrée à l'hôpital, par des frissons et de la fièvre, des points de côté multiples et de la dyspnée.

Bientôt, survient une toux quinteuse, suivie d'une expectoration abondante.

On diagnostique en ville une bronchite et on le soigne par l'application de trois vésicatoires.

Après trois semaines de traitement, le malade entrait en convalescence, quand, brusquement, il fut pris d'un nouveau point de côté, siégeant dans la région latérale gauche du thorax. Son médecin diagnostiqua une pleurésie et envoya le malade à l'hôpital.

Examen du malade. — On constate à la base gauche de la matité, l'abolition des vibrations vocales, un souffle léger, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

L'épanchement est peu abondant et n'atteint que la pointe de l'omoplate. L'espace de Traube est sonore. La percussion sous les clavicules donne un son normal. L'auscultation fait entendre quelques frottements, d'ailleurs peu intenses et peu nombreux dans la fosse sous-épineuse du côté gauche.

Le poumon droit paraît sain. On ne note aucun trouble dans les autres organes.

Le malade tousse peu et c'est avec peine qu'on obtient quelques crachats muqueux qui ne renferment ni bacille de Koch ni albumine.

Du reste, cet homme s'est toujours bien porté et n'a jamais eu la moindre manifestation qu'on puisse rattacher à la tuberculose,

23 octobre. — On retire par une ponction 10 centimètres cubes d'un liquide citrin. L'examen microscopique y décèle de nombreux lymphocytes et la réaction de Wasserman est positive.

Les jours suivants, sans qu'on ait fait aucun traitement, l'épanchement se résorbe, et le 15 novembre, on n'en trouve plus trace.

29 novembre. — Le malade quitte le service complètement guéri. La respiration s'entend dans toute la hauteur du poumon et l'examen le plus minutieux ne révèle au sommet aucune trace de tuberculose.

OBSERVATION IV

(Gaucher.)

Une femme de trente et un ans est soignée en 1890 pour des céphalées syphilitiques.

En 1892 elle est prise d'un violent point de côté, de dyspnée et de fièvre ; elle entre à l'Hôtel-Dieu ; à l'examen de la malade on constate tous les signes classiques de la pleurésie et on rattache à la tuberculose.

Étant donné que l'épanchement augmente on pratique, à quelques jours de distance, deux ponctions évacuatrices.

M. Gaucher reconnaît la malade qu'il avait traitée deux ans auparavant de céphalées nocturnes, et pense à la pleurésie syphilitique, il prescrit l'iodure de potassium et peu à peu l'épanchement se résorbe, les lésions du sommet rétro-cèdent et finissent par disparaître.

OBSERVATION V (Résumée)

(Roque.)

Un homme de quarante-six ans, manoeuvre, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 11 février 1910 avec un violent point de côté.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Se porte bien jusqu'à l'âge de vingt-deux ans.

A cet âge contracte la syphilis.

Il est marié, a quatre enfants bien portants. sa femme n'a pas eu de fausse couche.

Le malade n'est ni éthylique, ni tuberculeux ; il n'a jamais toussé, s'enrhume très rarement et n'a jamais eu d'hémoptysies.

La maladie actuelle a débuté par des céphalées très violentes avec exacerbation nocturne, par des frissons et des points de côté diffus.

La céphalée dure dix-huit jours.

Le malade est dyspnéique, la respiration est à 42, il est cyanosé, pouls régulier à 112, la température est à 39 degrés.

A l'examen du thorax on constate tous les signes d'un épanchement de 2 litres à la base gauche, la sonorité de l'espace de Traube a disparu.

Le poumon droit paraît sain ; aucun signe de tuberculose au sommet.

Le cœur est très dévié vers la droite.

Le foie présente une matité normale.

Rate : la matité splénique se confond avec la matité pleurétique.

Urines normales.

Quatre jours après son entrée on constate du côté droit les signes d'un épanchement assez abondant.

La dyspnée augmente, le cœur souffre et on décide à évacuer le liquide par le thoracentèse.

On retire 1 lit. 1/2 de liquide citrin légèrement louche.

L'examen de ce liquide a montré les résultats suivants :

1° Séro-diagnostic tuberculeux négatif.

2° Séro-réaction de Wassermann très positive le liquide pleural contient 60 o/o de lymphocytes, 20 o/o de grand mononucléaires, 15 o/o de globules rouges et quelques polynucléaires.

L'inoculation à deux cobayes a été négative. Aucun d'eux n'est devenu tuberculeux après huit semaines.

Les cultures du liquide sur gélose et sur bouillon sont restées stériles.

Séro-diagnostic tuberculeux négatif avec le sang.

Séro-réaction de Wassermann positive avec le sérum sanguin.

A l'examen direct des crachats on ne constate ni pneumocoque ni bacille de Koch.

La culture des crachats est négative.

En présence de ces résultats on se croit autorisé à commencer le traitement spécifique.

21 février. — On commence à traiter le malade par biiodure de Hey (0,04 cgr) et par des pilules de Dupuytren.

Résultat du traitement. — Dès le sixième jour l'épanchement du côté droit a disparu ; à gauche les signes de l'épan-

chement persistent ; cependant le souffle a diminué et l'on entend de nombreux râles et des frottements pleuraux, température reste élevée à 39 degrés.

5 mars.—La respiration s'étend à gauche jusqu'à l'extrême base ; à droite on a plus ni signes pulmonaires ni signes pleuraux.

L'état général du malade s'est amélioré, la dyspnée a disparu, l'espace de Traube est devenu sonore ; le cœur semble avoir repris sa position normale.

Après les vingt jours de traitement, le malade a repris un état général excellent. Les signes pulmonaires ont complètement disparu. La température est à 37 degrés.

Le malade quitte le service complètement guéri et va à la campagne.

OBSERVATION VI (Résumé)

(Chantemesse et Vidal)

Femme de vingt neuf ans a été prise, vers le milieu de septembre 1889, d'une éruption de roséole syphilitique généralisée. Plaques muqueuses de la gorge, adénopathies de l'aîne et du cou, de la fièvre.

Deux mois plus tard la malade ressentit une douleur très vive dans le côté droit de la poitrine.

Au mois de décembre, les mêmes douleurs du côté gauche.

La malade entre dans le service le 27 janvier 1890.

Elle porte sur tout le corps et particulièrement sur les flancs et l'épigastre des syphilides papulo-squameuses et papulo-croûteuses très abondantes.

Plaques muqueuses de la gorge et de la bouche ; adénopa-

thies cervicales ; syphilides pigmentaires à la base du cou ; douleurs dans la continuité des membres et surtout dans les articulations. Il n'y a ni tuméfaction des jointures ni crépitation articulaires.

État cachectique, insomnie, température 38 ; quelquefois 39 degrés, à l'auscultation on constate la présence d'un double épanchement, plus abondant à droite qu'à gauche, on pense à une pleurésie rhumatismale.

Mais une iritis syphilitique assez grave survient. On commence le traitement spécifique et on remarque que les éruptions s'effacent ainsi que les épanchements pleuraux.

L'examen du malade pratiqué au bout de deux mois de traitement mercuriel a fait constaté que la respiration est pure aux deux sommets, et la disparition des frottements aux deux bases.

La malade a un état général très satisfaisant.

OBSERVATION VII

(Chantemesse et Widal)

La nommée N..., âgée de quarante cinq ans entre dans le service le 20 février 1890.

Les premiers accidents syphilitiques, au dire de la malade, auraient apparus au milieu de janvier.

A l'examen on constate la présence d'une roséole syphilitique, généralisée, maculeuse et papuleuse.

Plaques muqueuses et abondante sur l'isthme du gosier, sur la langue, les lèvres et la face interne des joues, douleurs musculaires et articulaires.

Céphalalgie qui empêche tout sommeil.

A l'entrée à l'hôpital la température marquait 37°6. État général est mauvais, le visage pâle, la prostration est très grande et l'aphonie complète.

A l'auscultation on constate nettement les signes d'une pleurésie sèche à la base du poumon gauche.

On entendait aux deux temps de la respiration des frottements très nets qui ne se modifiaient pas par la toux provoquée.

La malade tousse très peu et n'a aucune expectoration.

Un traitement énergique fut institué avec friction mercurielles à l'extérieur et l'iodure de potassium à l'intérieur.

Peu à peu, la température s'abaisse pour osciller autour de 37 degrés. La céphalée nocturne disparut et les éruptions de la peau et des muqueuses s'effacèrent lentement en même temps que l'état général se restaurait.

Les signes de la pleurésie sèche diminuèrent aussi. Quand la malade a quitté l'hôpital au commencement d'avril, le plèvre paraissait avoir retrouvé son intégrité.

OBSERVATION VIII (Résumé)

(Chantemesse)

Jeune fille de dix neuf ans. Au commencement d'avril 1891 chancre de la grande lèvre gauche ; à la fin du mois, éruption de syphilides papuleuses ; angine intense avec plaques muqueuses de la gorge ; malaise inappétence. La malade entre à l'hôpital le 16 mai ; elle est soumise aussitôt au traitement spécifique.

Vers la fin du mois de mai, la malade ressent dans le côté

droit de la poitrine une légère douleur, qui augmente peu à peu, et qui tout d'abord ne provoque pas de fièvre.

3 juin. — Malaise, frissonnements, perte d'appétit ; la douleur thoracique est un peu plus vive, température au soir 37°8.

4 juin. — Température du matin 38°8 et du soir 39 degrés.

Les symptômes de la veille sont plus nettement accusés et la percussion, submatité à la base droite ; à l'auscultation, diminution du murmure respiratoire, pas d'expectoration.

6 juin. — Signes d'un léger épanchement.

8 juin. — Les signes physiques s'effacent peu à peu, l'épanchement est en voie de résorption.

15 juin. — La température est normale, les signes fournis par l'auscultation des bases droite et gauche des poumons n'offrent pas de différence.

Aucun signe de la pleurésie.

CONCLUSIONS

I. — Au cours de la syphilis secondaire et tertiaire on peut observer des épanchements pleuraux dont les caractères cliniques n'offrent aucune particularité.

II. — On peut chercher à rattacher ces épanchements à la syphilis en évolution en se basant sur plusieurs arguments :

1° La coïncidence de la pleurésie avec les lésions spécifiques ;

2° L'absence de toute étiologie suspecte de tuberculose ;

3° Le caractère négatif des examens des crachats, de l'inoculation du liquide pleural et inversement le résultat positif de la réaction de fixation pratiquée avec le liquide pleural.

III. — Aucune de ces preuves ne peut affirmer la nature syphilitique de l'épanchement, il faut tenir compte de l'extrême fréquence de la tuberculose latente ou atténuée, de celle des associations tuberculeuses et syphilitiques et enfin du rôle favorisant que peut jouer la syphilis pour réveiller une tuberculose latente.

L'absence de tuberculisation du cobaye par inoculation du liquide pleural n'a que la valeur d'un signe négatif, enfin l'absence de bacille de Koch dans les crachats ne peut être considérée comme un argument suffisant quand on n'a pas pratiqué leur homogénéisation.

La réaction de fixation positive peut exister chez un syphilitique dans les exsudats pathologiques ou provoqués au même titre que dans le sérum sanguin.

Cette réaction a donc la valeur d'une réaction générale et humorale traduisant l'infection syphilitique de l'individu et non point la nature syphilitique de telle lésion.

IV. — Sans vouloir nier la possibilité des pleurésies syphilitiques vraies, il ne faut admettre leur existence que sous réserve et que lorsqu'on aura épuisé en présence d'un malade tous les procédés servant à dépister le bacille de Koch et tout spécialement celui de l'homogénéisation des crachats.

Vu : le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- DIEULAFOY. — Leçons sur la syphilis de poumon et de la plèvre, 1889.
- CHANTEMESSE et VIDAL. — Société médicale des hôpitaux, 1890.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, 2^e édition, 1886, p. 964-1131.
- ROCHON. — Pleurésies syphilitiques. Thèse de Paris, 1893.
- CARRA. — Étude sur la pleurésie syphilitique du stade roséolique. Thèse de Paris, 1894-1895.
- DIEULAFOY. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1897-1898.
- MONTSERET. — Les Pleurésies syphilitiques. Thèse de Montpellier, 1894.
- NIKULIN (N.). — Berliner Klinischen Noehenschrift, 1891.
- Pleuritica syphilitica (Bolnitch gaz. Botkina. Saint-Pétersbourg, 1898).
- FOURNIER. — Syphilis pulmonaire avec pleurésie, p. 737.
- Pleurésie surtout de la période tertiaire, p. 754.
- ROGER et SABARÉANU. — Sur la déviation du complément par les sérosités des syphilitiques. Soc. méd. des hôpitaux, 21 janvier 1910, p. 31-37.
- SERGENT. — Les Épanchements pleuraux dans la syphilis tertiaire. Soc. méd. des hôp., 11 février 1910, p. 47-51.
- ROGER et LEVY (Valenti). — Analyse chimique des expectorations, application au diagnostic. Soc. méd. des hôp., 23 juillet 1909.
- GAUCHER. — Observation rare de syphilis tertiaire fruste. Congrès international de dermat. et de syphiligraphie. Vienne, 1892.
- ROQUE et GARIN. — Contribution à l'étude de la pleurésie syphilitique tertiaire. Soc. de médecine de Lyon (Lyon médical, 29 mai 1910, p. 1128-1131).

- ROGER. — Presse médicale, 13 juillet 1910.
- JEANSELME et BARBE. — Ponction lombaire chez les syphilitiques.
Soc. méd. des hôp., 17 mai 1907.
- LEVADITI. — Séro-réaction de la syphilis. Presse médicale, 321.
- MALLOIZEL. — Cystologie des épanchements pleuraux. Thèse de Paris, 1907-1908.
- FLEISCHMANN. — néro-diagnostic de la syphilis. C. R., in Semaine médicale, 28 février 1908.
- LYON. — Presse médicale 1897, p. 203.
- CHANTEMESSE. — Bulletin médicale août 1891.
- BEZANÇON. — Tuberculose latente, Bulletin de Société de l'Internat, janvier 1908.
- RAVAUT. — Le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise ou héréditaire.
Revue mensuelle de médecine interne et thérapeutique, 15 juin 1909.
- BALME. — Tuberculose latente. Thèse de Lyon, 1904-1905.
- FOIRISE. — Tuberculose latente. Thèse de Nancy, 1911.
- BROUSSE. — Pleurésie syphilitique de la période secondaire.
Bull. soc. franç. de dermatol. et syph. Paris 1894.
- SPILLMANN et ÉTIENNE. — Pleurésie du stade roséolique de la syphilis. Rev. med. de l'est. Nancy, 1896.
- TALAMON. — Pleurésie syphilitique Med. mod. Paris, 1891.
- SCABESE (F.). — La sifilide del polmono e della pleura 8° Napoli 1903
- JACQUINET RENÉ. — Thèse de Paris. 1894 Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.
- DOMINICIS (de N.). — Pleurite sifilitica primaria. Atti. d. r. Accad. med. chir. di Napoli, 1901.
- DAMANY (Le). — Note sur trois cas de pleurésie au cours de la syphilis secondaire. (Gaz. hebdomadaire de med. Paris, 1895.
- PAULY et DUPLANT. — Pleurésie syphilitique Province med. Lyon, 1898.
- PREETORIUS. — Un cas de pleurésie syphilitique Belgique Med. Gand-Haarlem, 1896.
- LISSAUER (M.). Ueber Plauritis gummosa Virchowis Arch. f. path. Anat. Berlin, 1907.
- CIARROCHI. — La pleurite essudativa durante lo stado roséolico della sifilide. Gior. ital. d. mal. ven. Milano, 1896.
-

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE & C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 1531-12

